

Prioritering van de ziekenzorg

“Prioritering van de zorg” is de titel van een recent advies van het Comité voor Bio-Ethiek (21 dec). <https://www.health.belgium.be/nl/aanbeveling-prioritering-van-zorg-tijden-van-covid-19>

“Prioritering” betekent selectie van patiënten indien (citaat):

“er zijn verschillende scenario’s denkbaar...tot worst case scenarios waarbij door een piek aan besmettingen de capaciteit van de zorg acuut zou worden overschreden en er bijgevolg beslist zou moeten worden welke patiënten toegang krijgen tot schaars geworden middelen en welke niet”. (...)

“Mocht in het scenario van crisiszorg zich een complete saturatie van de afdelingen Intensieve Zorgen voordoen die niet kan worden ondervangen door een transfer van patiënten naar andere ziekenhuizen (cf. het crisiszorgscenario dat hierboven werd beschreven), worden artsen gedwongen om een beperkt aantal patiënten te selecteren uit al diegenen die normaal gesproken in aanmerking komen voor intensieve zorgen” (einde citaat).

In de lange tekst (19 bladzijden), wordt er van uitgegaan dat het hypothetisch ‘scenario’ werkelijkheid is. In de conclusie wordt niet herhaald dat prioritering maar geldig zou worden “indien”.

De selectie of triage van zieken is niet nieuw. Ze werd reeds voorgesteld in maart 2020 in de grote media. Er werd meteen tegen gewaarschuwd in ons commentaar in deze HV-blog: <https://humanistischverbond.be/blog/238/wie-wel-wie-niet/>

~~Het rapport van Artsen Zonder Grenzen (die ter hulp schoten in de woonzorgeentra) was zeer kritisch o.m. over het gebrekkig overbrengen naar ziekenhuizen van COVID-zieken.~~

De “leidraad” van de Belgische Vereniging van Geriatrie en Gerotologie, 2^e versie van 21 okt., gaat opnieuw over welke zieken geen voorrang krijgen. <https://geriatrie.be/media/2020/10/Leidraad-voor-artsen-ziekenhuisopname-bij-WZC-bewoner-met-COVID-19-23092020-1.pdf>

Het Comité voor Bio-ethiek zegt in haar conclusie dat haar “aanbevelingen ethische overwegingen zijn, geen concrete richtlijnen”. Maar we lezen toch ook: *“Artsen en hun zorgteam moeten ethisch complexe beslissingen nemen”*. Is “moeten” geen verplichting?

Het Comité rechtvaardigt dan ook in vele bladzijden de selectie van zieken, maar onderlijnt dat over de criteria voor wie wel, wie niet, geen unanimité bestaat. Bijvoorbeeld over leeftijdsgrenzen zegt de tekst: *“-Leeftijdsgrenzen, volledig losgekoppeld van medische gronden, worden nooit in overweging genomen. Met stijgende leeftijd verhoogt weliswaar het voorkomen van chronische pathologie, multimorbiditeit en fragiliteit. Leeftijd kan dus, als gerelateerd aan ouderdom gebonden ziektelast, wel een onderdeel van de medische evaluatie uitmaken. Dus...leeftijd kan wel een rol spelen in de selectie, nl. omdat de “fragiliteit” toeneemt. Zie verder...*

Een andere basis voor keuzen is de “zorgplanning” van de rusthuisbewoner of ziekenhuispatiënt. *“Bij VroegtijdigeZorgPlanning wordt het initiatief niet*

noodzakelijk door de patiënt genomen, maar kan het opstellen ervan geïntegreerd worden in de zorgverlening, wanneer dit bijvoorbeeld routinematig worden aangeboden op het moment van opname in een woonzorgcentrum” (Comité Bio-Ethiek, blz 9). In het document “zorgplanning” heeft de gezonde bewoner, of de familie, of wettelijke vertegenwoordiger, gekozen welke behandelingen hij/zij niet wil, en of hij/zij wenst in het rusthuis te blijven “omringd door familie en verplegers die ze kennen, dan wel in een steriele ziekenhuiskamer alleen te sterven” (deze laatste formulering werd gebruikt door een CRA van een woonzorgcentrum (coördinerend en raadgevend arts)). Dankzij de zorgplanning kan hospitalisatie en invasieve therapie afgewezen worden; maar het verkleint wel de kansen op overleving en genezing – toch in de mate dat volwaardige, geactualiseerde therapie resultaat heeft. Mijn twijfel is: hoe nauwkeurig en objectief is, in de praktijk, de bewoner geïnformeerd over de gevolgen van die keuzen, samengevat: palliatie en overlijden, versus behandeling met kans op genezing? Die kans hangt af van verbeterde behandelingsmethoden; dan is het niet geruststellend dat in de lijst van ingrepen van de Belgische Vereniging voor Intensieve geneeskunde twee bewezen verbeterde behandelingen van COVID19 longontsteking ontbreken: dexametasone en antistollingsmedicatie. De geneeskundige wetenschappen gaan dagelijks vooruit, en niet elkeen is voorbereid om iedere patiënt alle relevante, geactualiseerde informatie te geven.

De 28 doden in Hemelrijk (gemeente Mol).

De actualiteit van selectie blijkt uit het overlijden door COVID-19 van 28 bewoners van dit woonzorgcentrum, die dus niet tijdig naar een ziekenhuis werden gebracht voor gespecialiseerde behandeling gericht op genezing. Enkele familieleden lieten weten aan de pers dat zij allesbehalve tevreden zijn over deze gang van zaken. In een lezersbrief (verschenen in De Morgen) stelde ik de vraag hoe dit tekort aan volwaardige, levensreddende behandeling kan verklaard worden? Eén van de mogelijke verklaringen is de leidraad van de BVGG: die stelt een reeks eisen vooraleer een zieke te gehospitaliseren, zoals het inschatten van de overlevingskans, rekening houdend met de leeftijd en andere gezondheids-parameters van de zieke. Die overlevingskans moet volgens de leidraad worden afgelezen uit de statistieken, die rekening houden met de frailty (“fragiliteit”) van de persoon.

Deze redenering gaat voorbij aan het effect van een betere therapie zoals die voortdurend ontwikkeld wordt voor veel pathologieën, en zeker voor een nieuwe ziekte die de COVID-19 besmetting is. Acht ziekenhuizen in Nederland hebben vastgesteld dat de overleving in de tweede golf veel beter is dan in de eerste.

<https://nos.nl/artikel/2361928-ondanks-vooruitgang-in-strijd-tegen-corona-is-sterfkans-op-ic-nog-even-groot.html>

<https://www.nu.nl/coronavirus/6098498/kans-dat-opgenomen-coronapatient-overlijdt-tijdens-tweede-golf-gehalveerd.html>

En ook nog: veel individuen volgen niet het gemiddelde van de statistiek, maar doen het beter of slechter: dat is elementaire wetenschap.

Wat ontbreekt bij het Comité voor Bio-ethiek.

Aan wie zich worstelt doorheen 19 blz zware “ethische aspecten betreffende de prioritering” ontgaat mogelijk wat er niet in staat. Ik probeer enkele elementen op te sommen.

Dat elke arts een behandelingsplicht heeft tegenover zijn zieke, wie die ook is (Code Medische Plichtenleer, art. 39). Dankzij deze plicht voelt de zieke zich veilig en durft zijn/haar leven en toekomst in de dokters handen leggen. Deze vertrouwensband verdwijnt door prioritering, en door zij die daarover gaan beslissen. Volgens het Comité moet dat door een team gebeuren, waarbij liefst een arts die de zieke niet kent (citaat): *"De betrokkenheid van het team verdeelt bovendien de morele last van deze zware beslissingen over meer schouders. Dezelfde collegialiteit is aangewezen bij elke evaluatie waarbij patiënten worden doorverwezen"*. Wie is er dan nog verantwoordelijk/aansprakelijk? Vreselijk toch?

Op de behandelingsplicht zijn de enige uitzondering (die ik ken), dat de arts zichzelf niet in gevaar moet brengen. Anderzijds, in het geval van een onvoorziene ramp, zoals een brand of ontploffing of groot verkeersongeval, maken de eerste artsen die ter plaatse komen onvermijdelijk een keuze tussen gekwetsten die daar de eerste zorgen krijgen. Vermits er in een eerste fase meer gekwetsten zijn dan artsen, verplegers en medisch materiaal, zullen er nog slachtoffers overlijden. Echter, deze situatie verschilt totaal van de COVID pandemie: sedert de uitbraak in Italië heeft ons land (de ziekenhuizen, de verschillende overheden) zich (kunnen) voorbereiden, en zowat alle dagen worden er meer maatregelen genomen die het aantal besmettingen beperken en de preventie en behandeling verbeteren.

In de tekst komt het begrip huisarts van de zieke, of behandelende arts, niet voor; de beslissingen over prioritering worden in de handen gelegd van buitenstaanders, artsen en niet-artsen.

Prioritering is de oplossing (van het Comité voor Bio-Ethiek) voor een (hypothetisch) tekort aan middelen. Die middelen uitbreiden krijgt veel minder aandacht. Op het einde wordt voorgesteld zorgpersoneel van andere afdelingen en studenten in te zetten (er wordt verwezen naar de wettelijke beschikking). In werkelijkheid hebben de ziekenhuizen en de overheden proactief de middelen vergroot: vooraleer de eerste golf ons land bereikte, de herschikking van hospitaalafdelingen, apparatuur en personeel, zodat het aantal intensieve bedden bijna verdubbeld werd; recent het inschakelen van de medische diensten van het Belgisch leger; de hulp van Artsen Zonder Grenzen (die over hun vaststellingen trouwens een scherp rapport schreven); COVID zieken die uit de gevarezone zijn, verder verzorgen in geïmproviseerde verblijven; de transfer naar ziekenhuizen buiten de grenzen (zoals ook gebeurd is); en dus het inschakelen van studenten geneeskunde, verpleegkunde, gepensioneerden, e a. Welk andere initiatieven nog? Natuurlijk de vele diverse lockdown maatregelen, die effectief de toevloed van nieuwe COVID zieken hebben afgeremd. En vaccins: die worden al een tijdje verwacht. Nu de vaccinatie in vijf continenten begonnen is,

vervalt op termijn het “*worst case scenario*” dat prioritering zou rechtvaardigen. Maar in deze tekst van het Comité Bio-Ethiek komt het woord vaccinatie niet voor.

Uitbreiding van middelen zou m.i. voorrang moeten hebben op het prioriteren van zorg, wat immers neerkomt op het bewust opgeven van zieken. Deze laatste houding is in strijd met de behandelingsplicht, en met artikel 422bis van het Strafwetboek, dat hulp aan eenieder in grote nood verplicht maakt, door gelijk welke burger.

Prof Ariane Bazan (ULB) schrijft: “*Telkens wanneer we afwegingen maken over wie het meest waard is om in leven te blijven, daverd de beschaving op haar grondvesten*”. https://www.standaard.be/cnt/dmf20210106_97885557

Frank Roels, arts, em. prof. Fac. Geneeskunde U.Gent.